



①9 BUNDESREPUBLIK
DEUTSCHLAND



DEUTSCHES
PATENT- UND
MARKENAMT

⑫ **Off nl gungsschrift**
⑩ **DE 199 15 862 A 1**

⑤1 Int. Cl.⁷:
A 61 K 38/58

②1 Aktenzeichen: 199 15 862.2
②2 Anmeldetag: 8. 4. 1999
④3 Offenlegungstag: 12. 10. 2000

DE 199 15 862 A 1

⑦1 Anmelder:
Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der
Wissenschaften e.V. Berlin, 80539 München, DE

⑦4 Vertreter:
W. Kraus und Kollegen, 80539 München

⑦2 Erfinder:
Nowak, Götz, Dr.med., 99097 Erfurt, DE; Bucha,
Elke, Dr.med., 99094 Erfurt, DE

Die folgenden Angaben sind den vom Anmelder eingereichten Unterlagen entnommen

⑤4 Verwendung von molekulargewichtserweitertem Hirudin als Antikoagulans bei der extrakorporalen Nierenersatztherapie

⑤7 Die Erfindung betrifft die Verwendung von molekulargewichtserweitertem Hirudin zur Herstellung eines keine Autoimmunerkrankung induzierenden sowie nicht mit Autoimmunantikörpern kreuzreagierenden Antikoagulans für die extrakorporale Nierenersatztherapie. Insbesondere wird durch die erfindungsgemäße Verwendung keine Thrombozytopenie Typ II hervorgerufen, und es zeigt sich keine Kreuzreaktivität mit Antikörpern gegen Plättchenfaktor 4-Heparin-Komplexe.

DE 199 15 862 A 1

Beschreibung

Die Erfindung betrifft die Verwendung von molekulargewichtserweitertem Hirudin zur Herstellung eines keine Autoimmunerkrankung induzierenden Antikoagulans für die extrakorporale Nierenersatztherapie. Insbesondere betrifft die Erfindung die Verwendung von molekulargewichtserweitertem Hirudin zur Herstellung eines Antikoagulans für die extrakorporale Nierenersatztherapie, das keine Thrombozytopenie Typ II (HIT II) induziert, wie dies bei den bisher verwendeten Heparinen der Fall ist.

Die extrakorporale Nierenersatztherapie stellt eine seit mehr als 30 Jahren eingeführte und sichere Methode dar, die bei chronischer Niereninsuffizienz bzw. Nierenlosigkeit die Eliminationsfunktion der Nieren durch spezielle Module, die im Gegenstromverfahren das Blut von Fremdstoffen reinigen, ersetzt. Die relativ großen Oberflächen der hierbei benutzten Kapillardialysatoren (0,5 bis 2 m²) und die dabei auftretenden Flüssigkeits- und Proteintransfers haben eine hohe thrombogene Potenz, so daß sich die Anwendung von gerinnungshemmenden Medikamenten während der Hämodialyse dringend erforderlich macht. In der klinischen Routine werden nahezu ausschließlich Heparin bzw. heparinanaloge Substanzen verwendet. Die Heparinapplikation bei nierenfunktionsgestörten oder nierenlosen Patienten hat eine ganze Reihe von Nebenwirkungen gezeigt (Osteoporose, veränderte Blutfettzusammensetzung u. a. m.), die aber von den Patienten toleriert werden mußten, da keine effizienten Alternativen zur Verfügung standen. In den letzten Jahren hat sich zusätzlich eine weitere schwere Nebenwirkung des Heparins herausgestellt, die in 0,5 bis 10% aller Heparin-behandelten Fälle mehr oder weniger klinisch relevant wird, die heparininduzierte Thrombozytopenie Typ II. Hierbei handelt es sich um eine iatrogene Zweitkrankheit mit schwerer thrombogener Tendenz.

Die Patienten entwickeln hierbei gegen das Heparin neutralisierende Prinzip, den Plättchenfaktor 4, im Komplex mit Heparin einen Antikörper. Dieser Antikörper erkennt nur die komplexierte Plättchenfaktor 4-Heparinstruktur. Gegen Heparin allein oder gegen den Plättchenfaktor 4 allein ist dieser Antikörper nicht reagibel bzw. kreuzreagibel. Umgekehrt zeigen alle heparinartigen Substanzen, die mit dem Plättchenfaktor 4 Komplexe bilden können, auch eine Kreuzreaktion. Dazu gehören neben den fraktionierten Heparinen auch polysulfatierte Medikamente vom Typ des Organans oder sulfatierte Polyzuckerstrukturen, die aus pflanzlichen Quellen gewonnen werden können. Diese Immunerkrankung verläuft bei den Hämodialysepatienten zunächst lange Zeit symptomlos, weil die aktivierten Blutplättchen mit dem Antikörper und dem durch die Injektion im Blut erschienenen Heparin und dem Plättchenfaktor 4 großmolekulare Aggregate bilden, die in den Kapillardialysatoren hängenbleiben. Am Ende der Dialysebehandlung ist der Patient noch nicht heparinfrei, so daß auch zwischen den Dialysesitzungen diese Komplexbildung vonstatten geht und dementsprechend in der Peripherie mehr oder weniger erkennbare oder krankheitserzeugende Veränderungen in der Mikrozirkulation von Organen und Gefäßgebieten hervorruft. Dies ist vermutlich die wesentliche Ursache dafür, daß Hämodialysepatienten viel häufiger als andere Patienten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder weiteren Organausfällen im Verlauf der Nierenersatztherapie erkranken bzw. daran sterben.

Ohne entsprechende Therapie liegt die Sterblichkeit nach dem Auftreten erster klinischer Symptome bei ca. 30%. Diese Nebenwirkung erfordert eine strikte Vermeidung weiterer Applikationen von Heparin. Als Ersatzantikoagulans wurde bisher ausschließlich Organan eingesetzt. Diese Substanz ist ein Mischprodukt aus Dermatansulfat, Heparansulfat

und 5 bis 10% Heparin. Sehr viele Patienten sind gegen dieses Medikament primär kreuzreaktiv bzw. zeigen nach längerer Behandlung mit dieser Substanz ebenfalls allergene Reaktionen. Dieselbe Kreuzreaktion ist auch für low molecular weight-Heparine zu finden. Patienten ohne Nierenfunktionseinschränkung können seit Mai 1997 erfolgreich mit dem neuen direkten Antithrombin Hirudin behandelt werden.

Es hat nicht an Versuchen gefehlt, das Hirudin auch für die Indikation der Nierenersatztherapie zu erschließen. Da jedoch Hirudin ausschließlich in unveränderter Form über die Nieren eliminiert wird, muß dementsprechend die Hirudindosierung beim nierenkranken Patienten mit größter Vorsicht eingestellt werden. Ein nicht vorhandenes drug monitoring (welches erst in den letzten 1 bis 2 Jahren in die klinische Praxis eingeführt wurde), ließ das Hirudin bisher für die Indikation Hämodialyse nicht praktisch relevant erscheinen. Eine wiederholte Applikation war erst möglich, nachdem eine lückenlose Kontrolle des Blutspiegels vor und nach der Dialyse zur Bestimmung der minimal wirksamen Hirudinblutspiegel zur Verfügung stand (Ecarin Clotting Time, US-Patent Nr. 5 547 850 vom 20.08.1996, PC/T/EP93/00161). Erste Erfahrungen wurden bei ultimativer Hirudinantikoagulation bei Patienten mit dialysepflichtiger HIT II erhalten (Nowak, G., Bucha, E., Brauns, I., Czerwinski, R.: Anticoagulation with r-Hirudin in Regular Haemodialysis with Heparin-Induced Thrombocytopenia (HIT II), Wien Klin. Wochenschr. 109, Nr. 10, 1997), ebenso auch bei klinischen Studien nach einmaliger bzw. mehrmaliger Applikation von rHirudin.

rHirudin war bei präklinischen und ersten klinischen Untersuchungen für die Hämodialyse nur einsetzbar, wenn low flux-Polysulfon- oder low flux-Zellulose-Dialysatoren verwendet wurden; weil rHirudin diese Dialysatemembranen nicht passiert. Alle anderen low flux-Dialysatormaterialien wie auch alle high flux-Materialien werden von rHirudin relativ schnell passiert, so daß eine universelle Verwendung als Antikoagulans in der täglichen Hämodialysepraxis erschwert wird, da unter diesen Bedingungen eine routinemäßige Blutspiegel-adaptierte Dosierungseinstellung nicht möglich ist (vgl. Bucha, E., Kreml, R., Nowak, G.: In Vitro Study of Transmembrane Hirudin Passage Using Different Types of Dialyzers, Poster, 23, Congress of the European Renal Association, Amsterdam 1996; Bucha, E., Nowak, G., Butti, A.: Clinical Studies of Blood-Level Controlled Repeated Application of rHirudin in Haemodialysis Patients, Thromb. Haemost., Supplement June 1997; und Nowak, G., Bucha, E.: Quantitative Determination of Hirudin in Blood and Body Fluids, Sem. Thromb. Hemost. 22, Nr. 2, 1996).

Eine Verwendung von Hirudin bei speziellen high flux-Dialysatoren, die sich in Anwendung bei Intensivtherapiepatienten befinden, ist ebenfalls stark erschwert, weil diese sogenannten Hämofiltrations- oder Hämodiafiltrationssysteme extrem große Poren haben, durch die Toxine und Peptide bis zu einer molekularen Masse von 45 kDa penetrieren. rHirudin passiert diese Membran ebenfalls wie die konventionellen high flux-Membranen und ist innerhalb kurzer Zeit auf der Dialysatseite zu finden. Bei der Verwendung von rHirudin müßten den Patienten extrem hohe Mengen infundiert werden. Eine Steuerung dieser Hirudintherapie ist schlecht möglich und zu teuer, so daß eine routinemäßige Anwendung für diese Indikation nicht möglich ist.

Es besteht somit ein Bedarf nach einem Antikoagulans, das zur Gerinnungshemmung während der extrakorporalen Nierenersatztherapie (Hämodialyse) unabhängig von den genutzten Hämodialysatoren bzw. Hämofiltern verwendet werden kann und das gut verträglich ist und insbesondere

weder Autoimmunerkrankungen hervorruft noch eine Kreuzreaktivität zu während einer bestehenden Immunreaktion gebildeten Antikörpern aufweist. Bei der erfindungsgemäßen Verwendung soll insbesondere keine Thrombozytopenie Typ II hervorgerufen werden und keine Kreuzreaktivität zu Antikörpern gegen Plättchenfaktor 4-Heparin-Komplex bestehen. Die Gerinnungshemmung soll einfach, kostengünstig und unter gut meßbaren Bedingungen durchgeführt werden können. Das Antikoagulans soll ferner die Membranen von Hämodialysatoren bzw. Hämofiltern nicht passieren können.

Überraschenderweise wurde gefunden, daß im Gegensatz zu rHirudin molekulargewichtserweitertes Hirudin Kapillardialysatoren vom low und high flux-Typ nicht passiert, vom Patienten gut vertragen wird und keine Autoimmunerkrankungen, insbesondere keine Thrombozytopenie, hervorruft und nicht mit entsprechenden Antikörpern kreuzreagiert. Molekulargewichtserweitertes Hirudin eignet sich somit sehr gut als Antikoagulans für die Hämodialyse.

Die Erfindung betrifft somit die Verwendung von molekulargewichtserweitertem Hirudin zur Herstellung eines keine Autoimmunerkrankung induzierenden Antikoagulans für die extrakorporale Nierenersatztherapie. Insbesondere betrifft die Erfindung die Verwendung von molekulargewichtserweitertem Hirudin zur Herstellung eines keine Thrombozytopenie induzierenden und nicht mit Autoimmunantikörpern kreuzreagierenden Antikoagulans für die extrakorporale Nierenersatztherapie.

Es können beliebige molekulargewichtserweiterte Hirudine verwendet werden. Die Molekulargewichtserweiterung muß jedoch derart sein, daß diese Hirudine keine Interaktion mit der Gefäßwand, mit Zellen des menschlichen Organismus bzw. mit Blutzellen eingehen, damit es nicht zu unkontrollierten Verlustmengen kommt. Das zur Molekulargewichtserweiterung verwendete Molekül muß chemisch inert und neutral sein. Das Hirudin kann dabei an beliebige großmolekulare Substanzen nach an sich bekannten Verfahren gekoppelt werden. Derartige Hirudine sind im Handel erhältlich oder können nach bekannten Verfahren hergestellt werden. Diese hochmolekularen Verbindungen können natürlicher oder synthetischer Natur sein. Es kann an alle Verbindungen gekoppelt werden, die physiologisch verträglich sind und, sich an Hirudin koppeln lassen. Beispiele hierfür sind Polyethylenglykol-gekoppeltes Hirudin, Protein gekoppeltes Hirudin, DNA-RNA-gekoppeltes Hirudin, Polyzucker-gekoppeltes Hirudin, z. B. Dextranhirudin, Albuminhirudin, γ -Globulinhirudin, Transferrin-Hirudin, Fettsäure-gekoppeltes Hirudin (z. B. Palmitoylhirudin, Farnesylhirudin) u. a. Bevorzugt wird Polyethylenglykol-gekoppeltes Hirudin verwendet.

Die Molekulargewichtserweiterung des Hirudins erfolgt allgemein durch Substanzen, so daß die so molekulargewichtserweiterten Hirudine keine Bindungstendenz zu Proteinen, Blutplättchen und anderen Blutbestandteilen zeigen. Die Molekulargewichtserweiterung wird vom Fachmann in Abhängigkeit des zu therapierenden Zustands und des Verabreichungswegs gewählt. Sie liegt im allgemeinen im Bereich zwischen 500 und 500.000 Da, bevorzugt 1.000 bis 250.000 Da, weiter bevorzugt 3.000 bis 150.000 Da, noch bevorzugter 5.000 bis 25.000 Da. Die molekulargewichtserweiterten Hirudine werden nach an sich bekannter Weise unter Verwendung üblicher Formulierungshilfsstoffe entsprechend dem jeweiligen Verabreichungsweg konfektioniert.

Der für die Hämodialyse erforderliche Hirudin-Blutspiegel sollte vorzugsweise zwischen 0,4 und 1,0 $\mu\text{g/ml}$ Plasma eingestellt sein. In diesem Blutspiegelbereich wird die Aktivierung des Gerinnungssystems auf den Polymeroberflä-

chen der dabei verwendeten Dialysemodule effizient gehemmt. Der einzustellende Hirudin-Blutspiegel hängt jedoch von dem physiologischen Zustand des zu behandelnden Patienten ab und wird von einem Arzt in Abhängigkeit von Patienten-typischen Faktoren eingestellt.

Der Blutspiegel bei Verwendung von molekulargewichtserweitertem Hirudin ist vorzugsweise mittels intravenöser Bolusinjektion von z. B. 0,01 bis 0,1 mg/kg Polyethylenglykol-Hirudin zu erreichen (für diskontinuierliche extrakorporale Nierenersatztherapie). Für die Verwendung im Bereich der Intensivtherapie zur Hämofiltration/Hämodiafiltration ist die Applikation von PEG-Hirudin auch über extravasale Applikation möglich, wie intramuskuläre, intraperitoneale, pulmonale oder subkutane Anwendung. Dazu sollte mindestens zwei Stunden vor Beginn der Hämofiltration die Gabe z. B. des Polyethylenglykol-Hirudins in einer Dosierung von 0,2 bis 1,5 mg/kg, bevorzugt 0,5 bis 0,7 mg/kg subkutan erfolgt sein. Weitere subkutane Injektionen würden erst nach jeweils 48 Stunden (0,1 bis 0,5 mg/kg, bevorzugt 0,2 bis 0,3 mg/kg PEG-Hirudin) erforderlich sein. Die Dosisangaben berechnen sich dabei nach dem aktiven Hirudin, unabhängig von der zur Molekulargewichtserweiterung verwendeten inerten Substanz. Bei Protein-gekoppelten Hirudinen (z. B. Transferrin, Albumin o. a. körpereigene, blutpflichtige Proteine) und PEG-Hirudinen mit einem Molekulargewicht >50 kDa hat sich das folgende Dosierungsschema bewährt: Erste Hirudingabe: 0,05 mg/kg als Bolus, bei jeder weiteren Injektion 0,01 mg/kg als Bolus direkt vor Beginn der Dialyse. Bei kontinuierlichen Verfahren (Hämodialyse oder Hämofiltration) reicht die Erstapplikation von 0,05 mg/kg, nach 48 h 0,01 mg/kg als Nachinjektion jeweils jeden zweiten Tag während des Wechsels des Hämofilters als einmalige intravasale Applikation. Parenterale Injektionsverfahren (s. c., i. m.) eignen sich für diese Sondergruppe der molekulargewichtserweiterten Hirudine aufgrund ihrer Molekülgröße nicht. Alle molekulargewichtserweiterten Hirudine von 500 Da bis 500 kDa können dem Patienten direkt intravasal (i. v. oder i. a.) appliziert werden. Bis zu einer Molekülgröße von etwa 50 kDa kann die Applikation auch extravasal, parenteral erfolgen, also intramuskulär, subkutan, intrakutan, intrapulmonal. Über diese Grenzgröße hinaus ist das nicht möglich, weil dann diese großmolekularen Substanzen nicht mehr aus den extravasalen Injektionsdepots in das Gefäßinnere aufgenommen werden können. Die Zellzwischenräume sind für diese Molekülgröße unpassierbar. Wenn nun bewußt sehr große Moleküle als Hirudinträger verwendet werden, speziell Proteine oder Nukleinsäuremakromoleküle und andere entsprechende Moleküle, die über 50 kDa groß sind, kann davon ausgegangen werden, daß diese Moleküle nicht mehr die Gefäßzirkulation verlassen, d. h. sie verteilen sich nur im Blutraum des Körpers. Das Verhältnis zwischen Blutraum und extrazellulärem Flüssigkeitsraum, welche die beiden Verteilungsgrößen für Moleküle unter 50 kDa darstellen, ist etwa 1 : 5, d. h. es muß bei den sehr großen Hirudinmolekülen eine bedeutend geringere Menge intravenös oder intraarteriell appliziert werden, damit sich keine zu hohen Blutspiegel entwickeln.

Die genaue Dosierung hängt von dem verwendeten molekulargewichtserweiterten Hirudin, dem Zustand des Patienten, der Art der Verabreichung und der Behandlungsdauer ab und wird vom Arzt individuell ermittelt. Ebenso wird die Häufigkeit der Verabreichung vom Arzt festgelegt. Die Kontrolle der therapeutischen Blutspiegel kann problemlos mit der Ecarin Clotting Time als therapeutisches drug monitoring erfolgen (Method of Determining Hirudin, US-Patent Nr. 5 547 850, PCT/EP93/00161). Bei Beachtung der pharmakokinetischen Daten von PEG-Hirudin (Esslinger, H. U.

et al.: Pharmacodynamic and Safety Results of PEG-Hirudin in Healthy Volunteers, *Thromb. Haemost.* 77 (5), 1997) ist eine Überdosierung der PEG-Hirudinsubstanz ausgeschlossen. Bei eventueller iatrogenen Überdosierung ist durch die Verwendung eines Polymethylmethacrylat-Dialysators der PEG-Hirudinspiegel sehr schnell in therapeutische Bereiche absenkbar (PMMA-Membranen mit Polyethylenglykol-gekoppelten Wirksubstanzen, DPA 197 15 504.9 vom 14. 04. 1997). Damit steht für die PEG-Hirudin-Antikoagulation bei Nierenersatzverfahren ein "Antidot" zur Verfügung, da PMMA-Dialysatoren Handelsprodukte der Fa. Toray, Japan, sind.

Die erfindungsgemäßen molekulargewichtserweiterten Hirudine werden in an sich bekannter Weise entsprechend dem Verabreichungsweg formuliert. Dabei werden übliche Formulierungshilfsmittel, Excipientien und Korregenden verwendet. Bevorzugt werden Substanzen zugesetzt, die die Löslichkeit und Stabilität von getrockneten Präparaten verbessern, wie beispielsweise Zuckerverbindungen (Mannit, Dextran), inerte Proteine (Albumin) oder Kollagene (Prionex). Zusätzlich können zur Verbesserung der Lagerung Salze, vor allem Puffersalze, wie z. B. Bicarbonate oder Hydrogenphosphate und andere auf dem Gebiet der Formulierung von Puffersystemen übliche Salzverbindungen zugesetzt werden. Bevorzugt werden Ampullen hergestellt, die derart sind, daß gebrauchsfertige Injektionslösungen entstehen, die die gewichtsbezogene Dosierung berücksichtigen, z. B. 1-, 2- oder 5 mg-Ampullen. Es ist zweckmäßig, die zur Lösungsverbesserung bzw. als Formulierungshilfsmittel zugesetzten Substanzen maximal im molekularen Verhältnis von 1 : 1 zuzusetzen. Als günstig erwiesen sich auch Zusätze im Bereich zwischen ein Fünftel und 1 : 1, bezogen auf das Molekulargewicht der molekulargewichtserweiterten Hirudinsubstanz. Die Lösung sollte so formuliert werden, daß das gebrauchsfertige molekulargewichtserweiterte Hirudin eine blutisotone Konzentration aufweist. Es ist daher bei der Formulierung darauf zu achten, daß Zusätze von Puffersalzen oder Kochsalz im Bereich einer möglichst optimalen Blutisotonie erfolgen, um die Verträglichkeit der Präparate bei Applikation in die Blutbahn zu gewährleisten. Das molekulargewichtserweiterte Hirudin kann auch in gefriergetrockneter Form in luftdichten Ampullen oder Injektionsfläschchen bereitgestellt werden, um dann vor der Anwendung mit beispielsweise physiologischer Kochsalzlösung pharmazeutischer Qualität auf die Gebrauchsstärke verdünnt zu werden.

Die erfindungsgemäße Verwendung eignet sich für alle handelsüblichen Hämodialysatoren.

Die Erfindung wird anhand der nachstehenden Beispiele näher erläutert:

Beispiel 1

Applikationsschema für PEG-Hirudin (10-kDa-PEG-Hirudin) zur Antikoagulation bei diskontinuierlichen Hämodialyseverfahren mit Verwendung aller high-flux- oder low-flux-Dialysatoren (mit Ausnahme von PMMA-Dialysatoren)

- Bei der ersten Hämodialyse wird intravenös eine Bolusinjektion von 0,08 mg/kg 10-kDa-PEG-Hirudin direkt vor der Hämodialysebehandlung vorgenommen.
- Bei den weiteren Hämodialysebehandlungen wird eine i. v. Bolusinjektion von 0,06 mg/kg 10 kDa-PEG-Hirudin vorgenommen.
- Die Kontrolle des PEG-Hirudinspiegels erfolgt mit der Ecarin Clotting Time am Ende der Hämodialysebehandlung. Der therapeutische Blutspiegelbereich be-

trägt 0,5 bis 0,8 µg/ml.

Beispiel 2

I. v. Applikationsschema für PEG-Hirudin (10-kDa-PEG-Hirudin) bei kontinuierlichen Dialyseverfahren (CVVHD, CAVHD)

- Direkt vor Beginn der kontinuierlichen Blutwäsche erfolgt lokal vor dem verwendeten Dialysator eine i. v. Applikation von 0,1 mg/kg 10-kDa-PEG-Hirudin.
- 24 Stunden bzw. 48 Stunden später werden die PEG-Hirudin-Blutspiegel mittels Ecarin Clotting Time kontrolliert.
- Nach 24 Stunden wird ein optimaler Blutspiegelbereich von 0,8 bis 0,5 µg/ml, nach 48 Stunden von 0,4 bis 0,6 µg/ml erhalten.
- Nach Dialysatorwechsel erfolgt eine Nachapplikation von 0,02 mg/kg 10-kDa-PEG-Hirudin.

Beispiel 3

S. c. Applikationsschema für PEG-Hirudin (10-kDa-PEG-Hirudin) bei kontinuierlichen Dialyseverfahren

(a) Bei Patienten mit noch vorhandener Nierenfunktion:

- 2 Stunden vor Beginn der Hämodialyseverfahren erfolgt eine subkutane Applikation von 0,25 bis 1,0 mg/kg, bevorzugt 0,6 mg/kg PEG-Hirudin.
- 24 Stunden und 48 Stunden nach Beginn der Behandlung wird der Blutspiegel kontrolliert.
- Alle 2 bis 4 Tage erfolgt eine Nachinjektion von 0,1 bis 1 mg/kg, bevorzugt 0,3 mg/kg PEG-Hirudin.

(b) Bei Patienten mit fehlender Nierenfunktion:

- Zu Beginn der Behandlung erfolgt eine s. c. Applikation von 0,2 bis 1,0 mg/kg, bevorzugt 0,4 mg/kg.
- 24 Stunden und 48 Stunden nach Behandlungsbeginn erfolgt eine p. i. Blutspiegelkontrolle.
- Alle 4 Tage werden 0,01 bis 0,25 mg/kg, bevorzugt 0,1 mg/kg PEG-Hirudin nachinjiziert.

Beispiel 4

Applikation von PEG-Hirudin beim Zustand nach chronischer Glomerulonephritis

50 Patient: W. B., 58 Jahre, männlich. Zustand nach chronischer Glomerulonephritis, dialysepflichtig seit 4,7 Jahren, Patient wurde mit 6900 IE Heparin antikoaguliert. Während der Hämodialyse gab der Patient zunehmende Beschwerden im Sinne von Durchblutungsstörungen in den Extremitäten an, Kältegefühl, Kribbeln, Parästhesien, die häufig erst mehrere Stunden nach der Dialysebehandlung bzw. in den Nacht- und Morgenstunden auftraten. Der Patient klagte während der Dialysen und auch in den dialysefreien Intervallen über Blutdruckprobleme und teilweise leichte Verwirrheitszustände. In der HIT II-spezifischen Diagnostik (HPA-Test) war ein positives Ergebnis erhalten worden. Die Zahl der Blutplättchen vor und nach der Hämodialyse lag im Durchschnitt zwischen 350 und 400/nl.

Der Patient wurde nach folgendem Dosierungsschema auf PEG-Hirudin eingestellt: 1. Hämodialyse: 0,1 mg/kg als Bolus, zweite bis 10. Hämodialyse: 0,05 mg/kg PEG-Hirudin, 11. Hämodialyse und weiter: 0,025 mg/kg. Mit Hilfe der Ecarin Clotting Time ist ein problemloses Monitoring

während der Behandlung möglich. Der Blutspiegel von PEG-Hirudin schwankte zwischen 0,4 µg/ml vor Beginn der Hämodialyse und 1,0 µg/ml nach der Hämodialyse. Füllungsvolumina der Dialysatoren Typ GFS plus 11 (GAMBRO): unter Heparinapplikation-Mittelwert der drei letzten Heparin-antikoagulierten Dialysen: 87 ml, Füllungsvolumen während der PEG-Hirudin-Behandlung: HD 5-HD 6: 96 ml. Das Füllungsvolumen dieses Dialysatortyps wird mit 100 ml angegeben.

Der Patient litt unter einer arteriellen Durchblutungsstörung der Extremitäten. Die schmerzfreie Wegstrecke während der Heparin-antikoagulierten Hämodialyse betrug 150 bis 200 m, die schmerzfreie Wegstrecke unter PEG-Hirudin-Behandlung verlängerte sich, bei Kontrolle nach der 10. Hämodialyse war sie mehr als 700 m, und in der weiteren Behandlung gab der Patient eine weitere Verbesserung der schmerzfreien Wegstrecke an. Auch 8 Wochen nach Start der PEG-Hirudin-Behandlung wegen einer HIT II waren im Serum des Patienten HIT II-spezifische Antikörper nachweisbar.

Bereits nach den ersten PEG-Hirudin-Dialysen verminderten sich die parästhetischen Beschwerden und die nächtlichen Schmerzattacken. Nach der 7. PEG-Hirudin-Hämodialyse gab der Patient Beschwerdefreiheit während der Hämodialyse und in den dialysefreien Intervallen an. Bewertung: PEG-Hirudin ist als Antikoagulum für die Hämodialyse bei HIT II-positiven Patienten geeignet. Die Symptome einer chronischen Mikrozirkulationsstörung bei permanent bestehender HIT II-Reaktion während der Heparinbehandlung des Patienten im Rahmen der Hämodialyse traten unter PEG-Hirudin nicht auf. Die aufgrund einer Claudicatio intermittens auftretende kurze schmerzfreie Wegstrecke verlängerte sich zusehends, und die Kreislaufdysregulation sowie das stark verminderte Füllungsvolumen der Dialysatoren waren nicht mehr vorhanden.

Beispiel 5

Applikation von PEG-Hirudin bei diabetischer Nephropathie

Patient: G. W., männlich, 57 Jahre, 54 kg. Der Patient wird wegen einer diabetischen Nephropathie seit 2,4 Jahren hämodialysiert. Der Patient hatte ein Harnrestvolumen von 1, 2 bis 1,7 l. Die Creatinin-clearance war kleiner als 12 ml/min. Als Antikoagulum während der Hämodialyse wurde unfractioniertes Heparin verwendet. Zusätzlich wurden die Dialysatoren (H 120, Braun-Melsungen) vor Beginn der Hämodialyse mit 500 Einheiten Heparin "geprimt". Der Patient erhielt 3000 Einheiten Heparin als Bolus und 3000 Einheiten Heparin als Infusion während der 3,5-stündigen Hämodialyse. Mit Beginn der Hämodialyse zeigte der Patient einen unverhältnismäßig hohen Blutdruckabfall um 35 mmHg vom Ausgangswert (135/85 mmHg). Der Patient klagte über Kribbeln in den Extremitäten, Unruhegefühl und teilweise Verwirrheitszustände. Zwischen den Dialysesitzungen klagte der Patient über Kopfschmerzen, Unwohlsein und Appetitlosigkeit. Er gab an, daß seine Umgebung sich darüber beklage, daß er gereizt sei und einen gestreßten Eindruck mache. Die Prüfung auf HIT-positiv Antikörper fiel bei diesem Patienten stark positiv aus. Sowohl der HIPA-Test als auch der ELISA waren positiv in allen geprüften Untersuchungsreihen.

Daraufhin wurde der Patient auf PEG-Hirudin umgestellt. Er erhielt als erste PEG-Hirudindosis 0,1 mg/kg, in den weiteren Hämodialysen wurde er bis zur Hämodialyse 5 mit 0,06 mg/kg behandelt, von der 6. bis auf weiteres wurde er mit 0,03 mg/kg weiterbehandelt. Die Füllungsvolumina am

Ende der Hämodialyse waren bei Heparinbehandlung reduziert, die letzten zwei Hämodialysen mit Heparin hatten Füllungsvolumina von 71 und 73 ml. Bereits nach der 4. Hämodialyse mit PEG-Hirudin war ein Füllungsvolumen von 94 ml erreicht. Die Luftfallen und die Blutschlachsysteme waren frei von zusätzlichen Koagula.

Der subjektive Zustand des Patienten hatte sich gebessert, sowohl das psychoorganische Syndrom als auch seine sonst angegebenen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Übelkeit und Appetitlosigkeit waren nicht mehr vorhanden. Der Patient zeigte noch einen geringen Blutdruckabfall mit Beginn der Hämodialyse, der im normalen Bereich lag. Die objektiven und subjektiven Befunde, die auf einen HIT II-Zustand hinwiesen, waren nach Umstellung der Antikoagulation auf PEG-Hirudin nicht mehr vorhanden. Die Blutplättchenzahlen, die bei dem Patienten während der letzten Heparindialysen stets Werte über 400/nl zeigten, waren während der PEG-Hirudin-Hämodialysen in den Bereich von 320 bis 350/nl abgefallen, wobei ein Trend zur weiteren Normalisierung deutlich nachweisbar war. Die Post-Dialysewerte für Leukozyten waren nahezu unverändert.

Beispiel 6

Applikation von PEG-Hirudin bei akutem Nierenversagen

Patient: L. A., weiblich, 69 Jahre, Zustand nach akutem Nierenversagen nach chronischer Pyelonephritis und interstitieller Nephritis. Die Patientin wurde seit 5 Monaten mit zunächst unfractioniertem Heparin, dann mit fraktioniertem Heparin (Enoxaparin) dialysiert. Enoxaparin wurde in einer Dosis von 20 mg unmittelbar vor Beginn der Dialyse appliziert. Nach nicht korrekter Dialyse (Druckanstieg vor dem Dialysator) über die Dialysezeit von 4,5 h wurden zusätzlich 10 mg Enoxaparin über eine Dauerinfusionspumpe vor den Dialysator (F 50 S, Fresenius) appliziert. Die Patientin gab schwere Atemnotanfälle, Kreislauf- und Blutdruckabfall bis auf basale Werte von 80/30 mmHg kurz nach Beginn der Hämodialyse an. Die Patientin zeigte auch während der Dialyse eine massive Plättchenverminderung bis zu Werten von 100/nl. Der Nachweis von HIT II-Antikörpern mittels HIPA-Test und Plättchenfaktor 4-ELISA war positiv.

Die Patientin wurde dann auf PEG-Hirudin umgestellt. Restharnvolumen: 400 bis 600 ml/24 h, erste PEG-Hirudindosis: 0,1 mg/kg, zweite bis 10. Hämodialyse: 0,05 mg/kg PEG-Hirudin, 11. und weitere Hämodialysen: 0,02 mg/kg. Mit Beginn der PEG-Hirudinapplikation waren die Kreislaufveränderungen sowie die schwere akute pulmonale Insuffizienzreaktion der Patientin nicht mehr aufgetreten, die Blutplättchenkonzentration fiel während der Hämodialyse nicht ab. Die durch die bei der Patientin vorhandene relative Thrombozytopenie verminderten Plättchenzahlen (130 Plättchen/nl) stiegen innerhalb der ersten 6 Hämodialysen mit PEG-Hirudin auf über 200/nl an. Das seit mehreren Wochen bestehende Juckreiz- und Hautreaktionssyndrom hatte sich innerhalb von wenigen Hämodialysen zurückgebildet, die Patientin war beschwerdefrei und wies 6 Monate nach Beginn der PEG-Hirudin-Dialyse keinen HIT II-Antikörper mehr im Blut auf. Der mittels drug monitoring-Methode eingestellte PEG-Hirudin-Blutspiegel lag bei der Patientin im Bereich von 0,5 µg/ml am Ende der Hämodialyse und war in den dialysefreien Intervallen von 1 bis 2 Tagen auf minimal 0,15 µg/ml abgefallen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß der bei allen drei Patienten nachweisbare basale PEG-Hirudin-Blutspiegel während der dialysefreien Intervalle im Bereich von 0,1 bis 0,4 µg/ml im subtherapeutischen Bereich liegt und völlig nebenwirkungsfrei ist. Bei keinem Patienten konnte auch

während der Dialysebehandlung mit zwei- bis dreifach höheren Blutspiegeln eine Verlängerung der Blutungszeit nachgewiesen werden. Die permanente Antikoagulation verbessert das Offenhalten der arteriovenösen Shunts und ist für das bei allen Patienten vorhandene thrombophile Gesamtrisiko positiv zu bewerten. 5

Durch die Gabe des molekulargewichtserweiterten Hirudins wird verhindert, daß die so behandelten Patienten typische Autoimmunreaktionen zeigen. Hierzu gehören Blutdruckabfall, Atemnot, Schweißausbrüche, teilweise Hautreaktionen, wie Urtikaria oder umschriebene Arzneimittel-exantheme, die als Sofortreaktion des auslösenden Agens, d. h. Heparin, beim Patienten sofort nachweisbar sind. Diese Autoimmunreaktionen können zu schwersten vital bedrohenden Zuständen führen. Typisch sind Reaktionen wie nicht mehr meßbarer Blutdruck, schwerste thrombogene Reaktionen mit Verlegung des Kapillardialysators, so daß eine effiziente Dialyse nicht weitergeführt werden kann. Die Dialysatoren müssen dann gewechselt werden (teilweise bis zu dreimal während einer Dialysesitzung), um die entsprechenden Filterfunktionen aufrechtzuerhalten. Im Gegensatz dazu treten diese Nebenwirkungen bei erfindungsgemäß mit molekulargewichtserweitertem Hirudin behandelten Patienten nicht mehr auf. In diesem Fall liegen stets stabile Kreislaufverhältnisse vor, und die Patienten leiden nicht unter subjektiven Wahrnehmungen, wie Hautkribbeln, flash-Reaktionen (Rötungen der Kopf- und Halsregion), Blutdruckabfall mit schweren Atemnotzeichen und Todesangst. Die Anwendung von molekulargewichtserweitertem Hirudin gemäß der Erfindung ist vor allem bei denjenigen Patienten indiziert, bei denen die vorstehend beschriebenen schwerwiegenden Symptome durch Heparin-Behandlung auftreten. Häufiger ist jedoch ein Zeichen für ein passageres HIT-II-Syndrom bei diesen Patienten, daß die Blutplättchenzahlen während der Dialyse stärker abfallen, und daß bei diesen Patienten vor Beginn der Dialyse entsprechende Antikörper nachgewiesen werden können, die aber nach der Hämodialyse nicht mehr aufgefunden werden, da sie dabei "verbraucht" wurden. 40

Patentansprüche

1. Verwendung von molekulargewichtserweitertem Hirudin zur Herstellung eines keine Autoimmunerkrankung induzierenden Antikoagulans für die extrakorporale Nierenersatztherapie. 45
2. Verwendung nach Anspruch 1, dadurch gekennzeichnet, daß das molekulargewichtserweiterte Hirudin aus Polyethylenglykol-gekoppeltem Hirudin, Polyzucker-gekoppeltem Hirudin, Fettsäure-gekoppeltem Hirudin, Dextranhirudin, Albuminhirudin, γ -Globulinhirudin und Transferrin-Hirudin ausgewählt wird. 50
3. Verwendung nach einem der Ansprüche 1 oder 2, dadurch gekennzeichnet, daß die Autoimmunerkrankung eine heparininduzierte Thrombozytopenie Typ II ist. 55
4. Verwendung nach einem der Ansprüche 1 bis 3, dadurch gekennzeichnet, daß das molekulargewichtserweiterte Hirudin vasa oder extravasa verabreicht wird. 60
5. Verwendung nach einem der Ansprüche 1 bis 4, dadurch gekennzeichnet, daß das molekulargewichtserweiterte Hirudin in einer Dosierung verabreicht wird, die zu einem Blutplasmaspiegel an Hirudin im Bereich von 0,4 bis 1,0 $\mu\text{g/ml}$ Plasma führt. 65

DERWENT-
ACC-NO: 2000-665999

DERWENT-
WEEK: 200209

COPYRIGHT 1999 DERWENT INFORMATION LTD

TITLE: Anticoagulant comprising increased molecular weight hirudin for use in hemodialysis patients, does not induce side-effects due to autoimmune diseases such as heparin-induced thrombocytopenia Type II

INVENTOR: BUCHA, E; NOWAK, G

PATENT-
ASSIGNEE: BUCHA, E NOWAK, G MAX PLANCK GES FOERDERUNG
WISSENSCHAFTEN[PLAC]

PRIORITY-DATA: 1999DE-1015862 (April 8, 1999)

PATENT-FAMILY:

PUB-NO	PUB-DATE	LANGUAGE	PAGES	MAIN-IPC
EP 1165122 A2	January 2, 2002	G	000	A61K 038/58A61K 038/58A61K 031
DE 19915862 A1	October 12, 2000	N/A	006	/00A61K 031/00
WO 200061121 A2	October 19, 2000	G	000	
AU 200039629 A	November 14, 2000	N/A	000	

DESIGNATED-
STATES: AL AT BE CH CY DE DK ES FI FR GB GR IE IT LI LT LU LV MC MK NL PT
RO SE SI AE AG AL AM AT AU AZ BA BB BG BR BY CA CH CN CR CU CZ
DE DK DM DZ EE ES FI GB GD GE GH GM HR HU ID IL IN IS JP KE KG KP
KR KZ LC LK LR L S LT LU LV MA MD MG MK MN MW MX NO NZ PL PT
RO RU SD SE SG SI SK SL TJ TM TR TT TZ UA UG US UZ VN YU ZA ZW AT
BE CH CY DE DK EA ES FI FR GB GH GM GR IE IT KE LS LU MC MW NL
OA PT SD SE SL SZ TZ UG ZW

APPLICATION-DATA:

PUB-NO	APPL- DESCRIPTOR	APPL-NO	APPL-DATE		
EP 1165122A2	N/A	2000EP- 0918815	March 20, 2000		
EP 1165122A2	N/A	2000WO- EP02446	March 20, 2000		
EP 1165122A2	Based on	WO 200061121	N/A		
DE 19915862A1	N/A	1999DE- 1015862	April 8, 1999		
WO	N/A	2000WO- EP02446	March 20, 2000	N/A	2000AU- 0039629
			200061121A2		March 20, 2000

AU Based on WO N/A
200039629A 200061121
AU
200039629A

INT-CL (IPC): A61K031/00, A61K038/58 , A61P007/02

ABSTRACTED-PUB-NO: DE 19915862A

BASIC-ABSTRACT:

NOVELTY - The use of increased molecular weight hirudin (I) for the preparation of an anticoagulant for extracorporeal kidney replacement therapy, which does not induce autoimmune diseases, is new.

ACTIVITY - Anticoagulant. Polyethylene glycol 10000-hirudin (PEG-hirudin) was used as an anticoagulant in the hemodialysis treatment of a chronic glomerulonephritis patient, showing positive results in a heparin-induced thrombocytopenia Type II (HIT II) test. Heparin had previously been used as anticoagulant, but caused side-effects such as blood flow problems in the extremities, feeling cold, skin irritation and parasthesia. PEG-hirudin was administered as a bolus at 0.1 mg/kg for the first hemodialysis, 0.05 mg/kg for the second to eleventh hemodialyses and 0.025 mg/kg for subsequent hemodialyses. Monitoring was carried out using the Ecarin clotting time. The blood level of PEG-hirudin was 0.4 mu g/ml at the start of hemodialysis and 1.0 mu g/ml at the end. The pain-free distance (150-200 m during heparin-anticoagulated hemodialysis) was increased to more than 700 m after 10 hemodialyses, and increased further on continued treatment. Parasthetic disorders and nightly pain attacks were reduced after the first hemodialysis and completely eliminated after 7 hemodialyses.

MECHANISM OF ACTION - None given.

USE - (I) is useful as an anticoagulant for preventing thrombogenic effects during extracorporeal kidney replacement therapy, e.g. in chronic renal insufficiency, chronic glomerulonephritis, diabetic nephropathy or acute liver failure patients, using hemodialysis machines.

ADVANTAGE - Increasing the molecular weight of hirudin eliminates binding to proteins, platelets and other blood components. (I) is well tolerated, does not pass the membranes of capillary dialyzers (of the low or high flux type) or hemofilters and does not induce autoimmune diseases by cross-reaction with autoimmune antibodies. Side-effects such as hypotension, skin irritation and breathing difficulties are completely eliminated. (I) does not cause heparin-induced thrombocytopenia Type II (claimed) and shows no cross-reactivity with antibodies against platelet factor 4-heparin complexes. Coagulation can be inhibited simply, inexpensively and under easily monitored conditions by using (I).

CHOSEN-
DRAWING: Dwg.0/0

TITLE-
TERMS: ANTICOAGULANT COMPRISE INCREASE MOLECULAR WEIGHT HIRUDIN
 PATIENT INDUCE SIDE EFFECT DISEASE HEPARIN INDUCE
 THROMBOCYTOPENIA TYPE

DERWENT-CLASS: A25 A96 B04

A12-V01; B04-C01; B04-C02; B04-C02C; B04-C02E; B04-C03C; B04-G01; B04-N06;

CPI-CODES: B10-C04E; B14-F04;

Chemical Indexing M1 *01* Fragmentation Code M781 M905 P813 Q130 Specific Compounds A063NK A063NT A063NQ A063NU Chemical Indexing M1 *02* Fragmentation Code H4 H402 H482 H5 H589 H8 M280 M312 M323 M332 M342 M383 M393 M423 M510 M520 M530 M540 M620 M781 M904 M905 M910 P813 Q130 Specific Compounds 02044K 02044T 02044Q 02044U Registry Numbers 2044S 2044U Chemical Indexing M1 *03* Fragmentation Code M781 M905 P813 Q130 Specific Compounds A01IKK A01IKT A01IKQ A01IKU Chemical Indexing M1 *04* Fragmentation Code M423 M781 M904 M905 M910 P813 Q130 Specific Compounds 01857K 01857T 01857Q 01857U 16573K 16573T 16573Q 16573U Registry Numbers 1857S 1857U Chemical Indexing M1 *05* Fragmentation Code M423 M781 M905 P813 Q130 Specific Compounds A00H3K A00H3T A00H3Q A00H3U Chemical Indexing M1 *06* Fragmentation Code M781 M905 P813 Q130 Specific Compounds A0121K A0121T A0121Q A0121U Chemical Indexing M1 *07* Fragmentation Code M423 M781 M904 M905 P813 Q130 Specific Compounds 24039K 24039T 24039Q 24039U Chemical Indexing M1 *08* Fragmentation Code M781 M905 P813 Q130 Specific Compounds A00C8K A00C8T A00C8Q A00C8U Chemical Indexing M1 *09* Fragmentation Code M781 M905 P813 Q130 Specific Compounds A03SEK A03SET A03SEQ A03SEU

UNLINKED-
DERWENT-
REGISTRY-
NUMBERS:

; 1857S ; 1857U ; 2044S ; 2044U

ENHANCED-
POLYMER-
INDEXING:

Polymer Index [1.1] 018 ; R00351 G1558 D01 D23 D22 D31 D42 D50 D73 D82 F47 ; H0000 ; P0055 ; P8004 P0975 P0964 D01 D10 D11 D50 D82 F34 ; M9999 M2153*R Polymer Index [1.2] 018 ; R01857 R01863 D01 D11 D10 D23 D22 D31 D42 D50 D76 D86 F24 F29 F26 F34 H0293 P0599 G3623 ; M9999 M2391 Polymer Index [1.3] 018 ; R24039 G3714 P0599 D01 F70 ; M9999 M2391 Polymer Index [1.4] 018 ; ND01 ; B9999 B5094 B4977 B4740 ; Q9999 Q8037 Q7987 ; ND06

SECONDARY-ACC-NO:

CPI Secondary Accession Numbers: C2000-201919